

# Servicio de entrega en el hogar: obtenga medicamentos recetados en su hogar sin preocupaciones

CVS Caremark® ofrece una opción conveniente para recibir los medicamentos recetados que usted toma regularmente. Usted puede recibir directamente en su hogar, oficina u otra ubicación que le sea conveniente un suministro por 90 días de medicamentos de mantenimiento recetados.

Con el servicio de entrega en el hogar de CVS Caremark, usted recibe los medicamentos de forma segura en su domicilio en empaques sencillos, sin cargo adicional. Además, le informaremos cuándo el envío está en camino a fin de que pueda realizar cambios o cancelar el envío en cualquier momento.

## Conveniencia

- Usted recibe los medicamentos directamente, lo que implica menos viajes a la farmacia.
- El servicio de correo no presenta complicaciones: nosotros nos comunicamos con su médico para obtener una receta por 90 días de su medicamento actual.
- Inscríbase una sola vez y listo.
- Administre sus medicamentos recetados y siga los pedidos las 24 horas del día, los 7 días de la semana en **Caremark.com**.

## Seguridad

- Un farmacéutico revisa todos los medicamentos recetados a fin de garantizar que su pedido esté completo y sea el adecuado.
- Los medicamentos se envían en empaques sencillos, confidenciales, resistentes a la manipulación y con temperatura controlada (cuando sea necesario).



## Comience hoy mismo

### En línea:

- Visite **Caremark.com/mailservice**.
- **Regístrese** o **inicie sesión** y tenga su número de identificación de miembro a mano.
- Siga los pasos que se indican para solicitar un medicamento recetado. Una vez que tengamos su información, nos comunicaremos con su médico para obtener una receta por 90 días.

### Teléfono:

- Comuníquese sin cargo al 1-888-624-1139 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Tenga preparado: su número de identificación de miembro, la lista de medicamentos a largo plazo, la información del médico y la forma de pago.
- Su médico también puede llamar para solicitar la receta con la información de su tarjeta de identificación de miembro, fecha de nacimiento y dirección postal.

### Correo:

- Complete y envíe el formulario de servicio por correo.
- Asegúrese de incluir la receta original de su médico para un suministro de hasta 90 días.

**Caremark.com**



**C** Cuéntenos sobre las personas que piden recetas. Si son más de dos, por favor complete otro formulario.

**Primera persona** con una reposición o receta nueva.

Formularios/etiquetas en español

APELLIDO

1er NOMBRE

I Sufijo

APODO

Género:  M  F

Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail: \_\_\_\_\_ Fecha en que la receta fué escrita: \_\_\_\_\_

Apellido del médico

Primer nombre del médico

No. telefónico del médico

Cuéntenos sobre nueva información de salud para la 1ª persona si nunca la proporcionó o si cambió.

**Alergias:**  Ninguna  Aspirina  Cefalosporina  Codeína  Eritromicina  Cacahuates  Penicilina  
 Sulfonamidas/Sulfa  Otra: \_\_\_\_\_

**Condiciones médicas:**  Artritis  Asma  Diabetes  Reflujo gástrico  Glaucoma  Condición cardíaca  
 Hipertensión  Colesterol alto  Migrañas  Osteoporosis  Trastornos de la próstata  Tiroides  
 Otra: \_\_\_\_\_

**Segunda persona** con una reposición o receta nueva.

Formularios/etiquetas en español

APELLIDO

1er NOMBRE

I Sufijo

APODO

Género:  M  F

Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail: \_\_\_\_\_ Fecha en que la receta fué escrita: \_\_\_\_\_

Apellido del médico

Primer nombre del médico

No. telefónico del médico

Cuéntenos sobre nueva información de salud para la 2ª persona si nunca la proporcionó o si cambió.

**Alergias:**  Ninguna  Aspirina  Cefalosporina  Codeína  Eritromicina  Cacahuates  Penicilina  
 Sulfonamidas/Sulfa  Otra: \_\_\_\_\_

**Condiciones médicas:**  Artritis  Asma  Diabetes  Reflujo gástrico  Glaucoma  Condición cardíaca  
 Hipertensión  Colesterol alto  Migrañas  Osteoporosis  Trastornos de la próstata  Tiroides  
 Otra: \_\_\_\_\_

**D** Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

**E** ¿Cómo querría pagar por este pedido? (Si su copago es \$0, usted no necesita proveer la información de pago.)

**Cheque electrónico.** Pague de su cuenta bancaria. (Primero debe registrarse en línea o llame a Servicio al Cliente.)

**Tarjeta de crédito o de débito.** (VISA®, MasterCard®, Discover®, o American Express®)

Use su tarjeta en récord.

Use una tarjeta nueva o actualice la fecha de expiración de su tarjeta.

# de la Tarjeta Expira: MM/AA

**Cheque o giro postal.** Cantidad: \$ \_\_\_\_\_

- Haga su cheque o giro postal a nombre de CVS Caremark.
- Escribe su No. de identificación de beneficios en su cheque o giro postal.
- Si su cheque es regresado, le cargaremos hasta \$40.

**El pago para saldo adeudado y los pedidos futuros:** Si escogió cheque electrónico o una tarjeta de crédito o débito, también lo utilizaremos para pagar por cualquier saldo adeudado y para pedidos futuros.

Llene el óvalo si **NO DESEA** utilizar este método de pago para los pedidos futuros.

Firma dueño de la tarjeta de crédito / Fecha

**La entrega regular es gratis** y tomará hasta 5 días después de que su pedido sea procesado. **Si desea la entrega más rápida, escoja:**

**2º día laborable (\$17)**

Entrega rápida sólo puede ser enviada a la dirección de un domicilio, no a un apt. de correo.

**El próximo día laborable (\$23)**

**Tiempo de proceso luego de recibir el formulario:**  
 • Reposiciones: 1-2 días  
 • Recetas nuevas/renovados: Dentro de 5 días a menos que se necesita información adicional de su médico (Los costos pueden cambiar)



Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑